



# Einverständniserklärung Datenaustausch/Videotelefonie/Zoom

Ich, ..... (Vorname, Nachname, Titel des Patienten),

geb. am ..... in .....

..... (Vers.Nr. 10stellig) erkläre hiermit, dass ich einverstanden bin mit dem elektronischen Datenaustausch meiner Gesundheitsdaten mit Frau/Herrn Dr. Rathke-Valencak Ilse.

**Meine E-Mail-Adresse lautet** .....

Sie wird außer mir noch von folgenden Personen benützt .....

Sollte ich bei einer Videokonferenz nicht alleine im Raum sein oder andere Personen in Hörreichweite, so verpflichte ich mich, deren Namen und Geburtsdatum bekanntzugeben. Ich weise dies am Beginn der Videokonferenz durch einen Schwenk durch den Raum mit meinem iPhone oder Smartphone oder mit der Webkamera meines Computers nach.

Ich wurde davon informiert, dass weder audiovisuelle Aufnahmen des Gesprächs (Recording) – auch nicht mit einem anderen Gerät als dem für die Videokonferenz verwendeten – noch des Bildschirms (Screenshots) zulässig sind.

Ich verpflichte mich dazu, während der Videokonferenz etwaige smarte Geräte im Raum wie etwa Alexa oder Siri und andere zu deaktivieren. Sollten sie dennoch aktiviert sein, so bin ich vollumfänglich für etwaige Folgen davon verantwortlich.

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)

**Dieser Bogen muss original unterschrieben werden.** Sie können ihn mir gemeinsam mit Aufklärung Online Beratung einscannen und über unsere Kommunikation senden oder per Post zuschicken. DANKE